



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV

---

# FaR from over

En intervjustudie om olika regioners arbete med Fysisk aktivitet på Recept

Kim J. Tjernberg och B. Tomas Burvall

2022

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp

Idrottsvetenskap

Idrottsvetenskapliga programmet, inriktning hälsofrämjande livsstil

C-uppsats

Handledare: Malin Johansson

Examinator: Sven Blomqvist

---



## Abstrakt

Fysisk aktivitet är ett av det vedertagna sätt till att främja hälsa inom sjukvården i dagens Sverige och rekommenderas främst till patienter med olika diagnoser såsom diabetes typ 2, övervikt och fetma. Fysisk aktivitet på recept, FaR, är ett verktyg framtaget som ett behandlingsalternativ för att minska ohälsa och förskrivningen av farmaceutiska preparat. Trots att verktyget FaR är bevisat effektivt som behandlingsmetod används det inte i den utsträckning verktyget har kapacitet för. Åtta regionsansvariga för FaR i Sverige intervjuades.

Studiens syfte var att belysa hur regionsansvariga för Fysisk aktivitet på recept ser på arbetet kring FaR i dåtid, nutid och framtid. För att kunna besvara syftet användes tre frågeställningar: Vad anser de regionsansvariga att FaR har bidragit med inom hälso och sjukvården? Vad anser regionsansvariga vara grundläggande för ett lyckat arbete med FaR? Vilka utvecklingsområden kan det finnas för FaR enligt regionsansvariga?

Studiens metod var semistrukturerade intervjuer med åtta regionsansvariga utspridda över Sverige. För att analysera dessa intervjuer så genomfördes transkribering, kodning och tematisering och sedan en innehållsanalys för att urskilja betydelsefulla teman, kategorier och underkategorier och betydelsefulla citat.

Resultatet visade att samtliga regioner var överens om att FaR var ett viktigt verktyg i arbete inom hälso-och sjukvården. Men att då alla regioner arbetar olika med FaR finns en otydlighet i hur arbetet bör skötas för att FaR skall användas mer. Brister inom kommunikation, ledning och samverkan och i uppmuntran både resursmässigt och ledarskapsmässigt framgick. Studien kan bidra med mer kunskap om arbetet kring FaR i olika regioner har fungerat och möjligtvis ge förslag på hur det kan förbättras. En möjlig väg att gå kan vara en nationell instans som jobbar strategiskt och med fysisk aktivitet i varje region för att stödja det hälsofrämjande arbetet med FaR.

**Nyckelord:** Subventioner, folkhälsa, levnadsvanor, aktivitetsarrangörer.

# Innehåll

<b>1 Inledning</b> .....	5
1.2 Bakgrund .....	5
1.3 Folkhälsa.....	5
1.3 Fysisk Aktivitet.....	7
1.4 Den svenska modellen av FaR.....	8
1.5 Problemformulering.....	10
1.6 Syfte.....	10
1.7 Frågeställningar .....	11
<b>2 Metod</b> .....	12
2.1 Urval .....	12
2.2 Datainsamling .....	13
2.3 Analyseringsmetod .....	13
2.4 Tillförlitlighet .....	16
2.5 Etiska överväganden.....	16
<b>3 Resultat</b> .....	17
3.1 Dåtid .....	17
3.2 Nutid .....	18
3.3 Framtid.....	21
<b>4 Diskussion</b> .....	24
4.1 Dåtid .....	24
4.2 Nutid .....	25
4.3 Framtid.....	26
4.4 Metoddiskussion .....	28
<b>5 Fortsatt forskning</b> .....	31
5.1 Slutsats.....	31
<b>Referenser</b> .....	32
<b>Bilaga 1.</b> Intervjuguide .....	2
<b>Bilaga 2.</b> Informationsbrev och samtyckesblankett .....	4

# 1 Inledning

Har evolutionen gjort att vi mår sämre? Det skrivs ut mer antidepressiva läkemedel och fler får hjärtattacker nu än tidigare (Hansen, 2021). Nej, enligt Hansen, (2021), har vi när vi nu fått det teknologiskt bättre slutat att röra på oss i samma utsträckning. I och med mer stillasittande kommer också flera fysiska och psykiska sjukdomar. Ett sätt att försöka komma till rätta med de negativa effekterna av stillasittande är att vi i Sverige låtit läkare och legitimerade sjukvårdsyrken förskriva medicin, men utöver det även förskrivning av fysisk aktivitet på recept vilket förkortats till FaR (Folkhälsomyndigheten, 2022). Det hela började 2001 då regeringen gjorde det till ett år av rörelse och gav uppdraget till myndigheter och organisationer att: ”Sätt Sverige i rörelse 2001” (Kalling & Leijon, 2003). Statens folkhälsoinstitut gjorde då ett pilotprojekt med syfte att förebygga och behandla genom att skriva ut fysisk aktivitet på recept, FaR.

FaR består av följande delar, ett individuellt rådgivande samtal, en individuellt anpassad skriftlig ordination samt slutligen en individuell planerad uppföljning. FaR används primärt som första behandling, ett alternativ eller komplement till läkemedelsutskrivning. FaR används för att ge hälsovinster, samt minska riskfaktorer, minskad läkemedelskonsumtion, minskade läkemedels- och sjukvårdskostnader och förbättring av folkhälsoekonomin (FYSS, 2017). Trots att verktyget FaR framhålls som effektivt av både förskrivare som arrangörer så tycks utskrivningarna av FaR stagnerat sedan subventioneringen av dessa recept togs bort 2011 (Kallings, 2012). Denna studie vill belysa hur regionansvariga (de som ansvarar för FaR i Sveriges regioner) ser på FaR och arbetet med FaR, för att undersöka utvecklingsmöjligheter med metoden.

## 1.2 Bakgrund

### 1.3 Folkhälsa

De flesta som dör i sjukdom i världen dör av icke smittsamma sjukdomar så kallade folkhälsosjukdomar som till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2, fetma och psykisk ohälsa, 2008 var det dödstalet 36 av 57 miljoner människor i världen (SFHI, 2011). I Sverige är siffran 90 procent som dör av icke smittbara sjukdomar (Lundqvist, 2020). Den

fysiska aktiviteten var för låg hos 37 procent av svenskarna och det gäller främst i grupper som lågutbildade, utsatta socioekonomiska områden och äldre (Lundqvist, 2020).

I efterdyningarna av coronapandemin har frågan om inaktivitet kopplat till folkhälsa blivit högst aktuell (Folkhälsomyndigheten, 2022). Folkhälsa är ett samlingsbegrepp för hela befolkningens hälsotillstånd. Den tar hänsyn till såväl nivån på hälsan som fördelningen av hälsan. En god folkhälsa innebär att hälsan ska vara så god som möjligt och så jämlikt fördelad som möjligt bland olika grupper i samhället enligt de globala hälsomålen (Regeringen, 2021).

WHO och EU har presenterat ett antal strategier och handlingsplaner för att främja hälsosam vikt hos barn och vuxna då övervikt är en av våra vanligaste folkhälsosjukdomar (Regeringen, 2021). I en sådan strategiplan så har samhällsplanering i lokalsamhället en stor betydelse. I Sverige har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) som kunnat påvisa att fysisk inaktivitet kan leda till exempelvis etablerad fetma vilket är svårbehandlad, och behovet av förebyggande insatser för att motverka fetma därför behövs (SBU, 2019). SBU pekar på behovet av samhällsförändringar, exempelvis inom skolan (måltider och utbud i cafeterior etc.) och rådgivning bland vuxna.

Det finns olika nationella riktlinjer som förklarar hur hälso- och sjukvården bör arbeta förebyggande på individnivå och hur hjälp erbjuds till exempelvis patienter som har ohälsosamma matvanor eller som är otillräckligt fysisk aktiva. Att dessa goda matvanor och främjandet av fysisk aktivitet stöds är viktiga uppgifter för regioner och kommuner i Sverige (SBU, 2019). Att fysiska aktivitet visar sig minska risken för hjärt- och kärlsjukdomar och cancer har flera studier påvisat (FYSS, 2021).

Det finns flertalet faktorer som påverkar vår hälsa. Det är exempelvis hur vi växer upp, om vi utbildar oss och till vad, vad vi arbetar med, var i landet vi jobbar, om vi arbetar och var vi bor i detta land. De här faktorerna kallas för hälsans bestämningsfaktorer (Wramner et al., 2018). Samhällsplanering har en viktig roll för en jämlik hälsa och Socialdepartementet ansvarar för hälso- och sjukvård och folkhälsa och det är uttalat att FaR ska användas som metod i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2022). Den myndighet som arbetar främst med FaR är Statens folkhälsoinstitut vilka ansvarar för folkhälsa, men även Socialstyrelsen är delaktig i arbetet. Att arbeta hälsofrämjande och att jobba med insatser som fokuserar på vad som

skapar hälsa istället för att söka orsaker till ohälsa och sjukdom och att hälso- och sjukvården behöver ta ett särskilt ansvar för att skapa dessa förutsättningar för att människor ska kunna upprätthålla och utveckla sin egen hälsa (Eriksson, 2015). Fokus bör ligga på vad som främjar hälsa utifrån ett helhetstänkande i ett större sammanhang ett så kallat salutogent synsätt. Att fokusera på vad som är bra och hur det kommer sig, istället för vad som är skadat/trasigt och varför det är skadat/trasigt (patogena synsättet). Det patogena synsättet har varit det mest använda synsättet inom sjukvården (Antonovsky A. 1993).

Ur folkhälsosynpunkt är det viktigt att de grupper som är mest inaktiva i samhället blir mer fysiskt aktiva (Leijon, 2009). Även en liten ökning av aktivitetsnivån bland de befolkningar som är stillasittande potentiellt kan påverka den offentliga hälsan mer än de insatser som görs idag för att öka aktivitetsnivån hos de grupper som redan är aktiva. Bland 50 till 64-åringar i Sverige så visade en studie från 2016 att 70 procent inte nådde upp till rekommendationerna av daglig fysisk aktivitet (Joelsson et al., 2020). Att använda remisser för fysisk aktivitet har visat sig ha en positiv effekt (Leijon et al, 2009). Efter ett år hade ungefär hälften av patienterna ökat sin fysiska aktivitet. I Sverige har det visat sig via studier att de som ordinerats FaR har den fysiska aktiviteten ökat och ungefär 66 procent har hållit den nivån under minst ett år (SFHI, 2011). Erbjudandet med FaR till patienter måste vara till de som är beredda att ändra sin livsstil och det som kan göra de fysiska aktiviteterna utanför sjukvården.

### 1.3 Fysisk Aktivitet

Det finns många olika positiva effekter av regelbunden fysisk aktivitet. Bland annat att regelbunden fysisk aktivitet ger en ökning av hjärtats slagvolym och att organen som försörjer kroppens muskler med syre arbetar mer effektivt, detta innebär att konditionen förbättras vilket i sin tur leder till att immunförsvaret förbättras (FYSS, 2021). Även risken för åldersdiabetes minskar med de positiva effekterna av regelbunden fysisk aktivitet (FYSS, 2021). Fysisk aktivitet med en genomtänkt kosthållning ger en förbättrad viktkontroll (FYSS, 2021). Den psykologiska effekten av regelbunden fysisk aktivitet visas bland annat genom det allmänna välbefinnandet och den psykologiska hälsan genom minskade nivåer av ångest, depression och utmattningsdepression (Lindwall et al., 2019). Långsiktiga effekter av fysisk aktivitet kan ses som en typ av stödstruktur som kan bidra till att hjälpa kroppens olika system, exempelvis stress systemet genom att vi kan hantera påfrestningar och stressorer

bättre (Gerber et al., 2013). Det finns forskning som påvisar att fysisk aktivitet kan bromsa själva åldrandet (Lindwall et al., 2019).

Fysiska aktiviteter används också i olika delar av världen som en behandling för redan uppkommen sjukdom och för att främja hälsa. Effekterna av det har studerats i flertalet vetenskapliga studier, exempelvis så har det testats som behandling i studier mot depression, bipolaritet med mera. Till exempel i Uganda (Vancampfort et al., 2016) och Singapore (Müller-Riemenschneider et al., 2020) användes fysiska aktiviteter som behandlingsmetod. En studie som tittade på Quality och Life (QoL) vid fysisk aktivitet och depression, bipolaritet, schizofreni och alkoholmissbruk visade på positiva resultat (Vancampfort et al., 2017).

#### 1.4 Den svenska modellen av FaR

FaR är primärt ett verktyg som används inom hälso- och sjukvården för förbättrad folkhälsa och sekundärt för att minska förskrivning av farmaceutiska preparat. Enligt Statens folkhälsoinstitut (2011) så togs den svenska modellen av FaR fram som ett verktyg år 2001. FaR utvecklades av den dåvarande Statens folkhälsoinstitut i samband med ett nationellt initiativ vid namn "Sätt Sverige i rörelse" (Kalling & Leijon, 2003). FaR har med tiden utvecklats och anpassats till regionala och lokala förutsättningar, och i Sverige finns det 24 regioner där regionsansvariga sköter arbetet med FaR.

Att den svenska modellen av FaR kan öka den fysiska aktiviteten och med det ge vinst med förbättrad hälsa finns det vetenskapligt stöd för (Folkhälsomyndigheten, 2022). Från Socialstyrelsen finns det en inrådan i deras nationella riktlinjer att hälso-och sjukvården borde diskutera med patienten och tillsammans med förskrivning av fysisk aktivitet åt patienter med otillräcklig fysisk aktiv livsstil. I dagsläget är FaR ett evidensbaserat verktyg som funnits tillgängligt för läkare, fysioterapeuter samt sjuksköterskor att förskriva under drygt 20 års tid (SFHI, 2011).

I korthet innebär FaR att en patient får ett träningschema att följa under en viss tid istället för annan behandling eller medicin, fysisk aktivitet kan även i olika fall rekommenderas som ett komplement till annan vård. FaR har vetenskaplig bevisats ha goda resultat för patienter med högt blodtryck, diabetes, artros, och stroke. Även minskade negativa effekter av olika hjärt-



och kärleksjukdomar vilket är en av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige har påvisats av fysisk aktivitet (Lundqvist, 2020; FYSS, 2022). FaR kan skrivas ut av sjuksköterskor, läkare, fysioterapeuter, och annan vårdpersonal. Träningen skall vara individanpassad och efter dennes behov och förutsättningar, både grupp och individuell träning uppmuntras beroende på patientens efterfrågan och möjligheter.

I olika regioner finns olika sätt att möta en patient med fysisk aktivitet på recept. I de flesta regioner finns det exempelvis arrangörer som ett gym eller idrottsförening som gått en FaR-utbildning för att kunna möta patienten, det finns även så kallade FaR-ledare som är särskilt utbildade att möta patienter med FaR (SFHI, 2018). En viktig del i arbetet kring FaR är just samarbetet mellan olika fritidsverksamheter i en region, dessa ingår i de olika samarbetspartners en region eller kommun kan ha med exempelvis idrottsrörelsen, patientorganisationer, frivilligorganisationer och företag (SFHI, 2011). Dessa kallas ofta aktivitetsarrangörer och i deras verksamhetsplan och i tillhörande dokument bör det finnas värderingar och viljeinriktningar som går hand i hand med de nationella folkhälsomålen, där ökad fysisk aktivitet är ett målområde (Region Gävleborg, 2022). För att få kalla sig aktivitetsarrangör för FaR ska man ha kunskap om FaR och FYSS (Region Gävleborg, 2022). FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling), är en evidensbaserad handbok som tagits fram i samverkan med Socialstyrelsen och YFA för arbetet med fysisk aktivitet inom hälso-och sjukvården och den beskriver på olika sätt i detalj hur en viss fysisk aktivitet skall anpassas till en person för att kunna behandla och förebygga olika sjukdomar (FYSS, 2017).

Arbetet med FaR kan se väldigt olika ut mellan kommuner och regioner i det svenska samhället, och enligt Faskunger, (2001) så finns det inget övergripande systematiskt arbete hur arbetet kring FaR skall bedrivas.

Fysisk aktivitet på recept är uppbyggd på tre delar där den första delen innebär att patient och vårdgivare samtalar om fysisk aktivitet med mål att utröna vilken aktivitet patienten kan acceptera att utföra. Del två innebär en skriftlig ordination av den fysiska aktiviteten som är anpassad utifrån patientens och vårdgivarens överenskommelse. Del tre är en uppföljning utifrån patientens behov där reflektion, utvärdering och anpassning av ordinationen får ta plats (FYSS, 2021). Det strukturerade arbetssättet med de tre delarna har visat sig ha mycket bra effekt visar en intervention över 5 år (Joelsson et al., 2020). I studien skedde en

överläggning med patienten för att skraddarsy den fysiska aktiviteten till patientens förmåga och önskemål. Uppföljningen skedde 1–4 gånger per år via telefon eller återträffar då samtalen fokuseras på motivation (Joelsson et al., 2020). Enligt Andersen et al. (2019) så var det flertalet faktorer som avgjorde hur lyckat det var med fysisk aktivitet på recept. En av de större faktorerna var att bli motiverad av någon som personligen såg till att de fysiska aktiviteterna blev just rätt för varje enskild patient. Vidare att det fanns en dialog mellan den som skrev ut och den person som tog över och motiverade och följde upp hur det gick. Den personliga kontakten ansågs som mycket viktig. Majoriteten av patienterna som idag kommer till hälsocentralerna och som skulle ha fördel av ytterligare fysisk aktivitet får inget samtal om hälsofördelarna utan som mest får de ett råd i förbigående (Börjesson et al., 2018).

Den svenska modellen av FaR lanseras 2009 i nio andra europeiska länder och arbetet med att implementera denna metod fortgår för fullt i dagsläget (Folkhälsomyndigheten, 2022). Metoden anses vara unik kontra andra länders versioner av fysisk aktivitet vilka ofta har korta interventioner och dålig följsamhet, den svenska modellen av FaR är ensam om att kunna visa evidens på en god följsamhet över längre tid (Lundqvist, 2020).

## 1.5 Problemformulering

Allt sedan subventioneringen av FaR togs bort 2011 har förskrivningen av FaR stagnerat. Förskrivningar och hanteringar av FaR är olika regioner emellan inom landet. Det finns ingen genomgående standard eller system kring FaR. Denna studie är intresserad av att belysa hur regionansvariga för Fysisk aktivitet på recept ser på FaR för att undersöka utvecklingsmöjligheter med metoden.

## 1.6 Syfte

Syftet med denna undersökning är att belysa hur regionsansvariga för Fysisk aktivitet på recept ser på arbetet kring FaR i dåtid, nutid och framtid.

## 1.7 Frågeställningar.

- Vad anser de regionsansvariga att FaR har bidragit med tidigare inom hälso- och sjukvården?
- Vad anser regionsansvariga i nutid vara grundläggande för ett lyckat arbete med FaR?
- Vilka utvecklingsområden för framtiden kan det finnas för FaR enligt regionsansvariga?

## 2 Metod

Efter att läst om olika metoder framkom det klart av författarna att en kvalitativ ansats var lämpligast för denna studie (Hassmén & Hassmén, 2008). Detta för att kunna få de mest uttömmande svaren på frågeställningarna. Som insamlingsmetod användes semistrukturerade intervjuer. Enligt Jones (2015) är det fördelaktigt med att använda sig av en intervjustudie då intervjuaren kan skapa en trygg situation i mötet där det då kan komma fram oväntade data. Exempelvis är en fördel att intervjupersonerna får möjlighet att uttrycka sig klart och tydligt med vad det vill säga. Det ger också en möjlighet för mer nyanserade och bredare svar på en given fråga. Enligt Sohlberg och Sohlberg (2019) är metoden med intervjuer av värde då informationen från de intervjuade bidrar med specifik kunskap.

Semistrukturerade intervjuer gav möjligheten att ha samma frågor till de regionansvariga, men ändå kunna gå på djupet när det behövdes med följdfrågor och användandet av den kvalitativa flexibiliteten när detta behövdes (Hassmén & Hassmén, 2008).

### 2.1 Urval

Då det finns ett antal individer i Sverige som besitter särskilda kunskaper inom området för denna studie så gjordes ett ändamålsenligt urval (Hassmén & Hassmén, 2008). Urvalet av intervjupersonerna baserades på deras ansvarsområde och de ingick i ett nationellt nätverk som har stort ansvar för fysisk aktivitet på recept, (Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård, 2022). För att få kontakt med intervjupersoner skickades förfrågan via ett informationsbrev på mail ut till Sveriges 24 regionansvariga där de hade en vecka på sig att bestämma sig om de önskade vara med (se bilaga 1). Åtta personer hörde av sig inom en vecka och intervjuerna kunde börja. Två regionsansvariga sa att de kunde ställa upp om vi inte fick tag på tillräckligt många. Dessa två avböjdes då de åtta var villiga att ställa upp på intervjuer.

Regionansvariga har mycket av den samlade kompetensen som finns i Sverige just nu och åtta av 24 regionansvariga ansågs ge en tillräckligt tydlig bild till syfte och frågeställningar. För att få ut den mest relevanta data och mest resultat för denna studie var regionansvariga

det bästa urvalet (Paulsson, 2020). Respondenterna anonymiserades och bara generella drag beskrev gruppen och den kompetens de hade.

## 2.2 Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom att åtta personer i ledande ställning inom FaR i flera av Sveriges regioner har intervjuats genom semistrukturerade intervjuer och hade en spridning från norr till söder och öst till väst, med variationer i resurser och förutsättningar. Intervjuerna baserades på intervjuguiden som är indelad i flera delar (se bilaga 2). Del ett och två var inledande med fakta och bakgrundsfrågor och om dåtid för en avstämning och för att få intervjupersonen avslappnad. I del tre fokuseras på FaR i nutid. Del 4 ägnades åt framtid och avslutande frågor. Uppdelningen i parti av delar rekommenderas då det ger ett flyt i frågorna och för att även kunna lägga in följdfrågor där det behövs (Jones, 2015).

Innan intervjufrågorna sattes ihop utfördes två pilotintervjuer (Backman, 2016), en första intervju med en regionansvarig och en andra intervju med två hälsoarbetare för att undersöka om våra funderingar och frågor var relevanta. Därefter gjordes justeringar på följdfrågor och ämnesuppdelning. Intervjuguiden är framtagen av en blandning av tidigare lästa studier, pilotintervjuer och författarnas egna framtagna frågor i förhållande till studiens syfte.

På grund av rådande pandemiläge skedde intervjuerna på distans via videokonferensverktygen Zoom eller Microsoft Teams och spelades in på video via dator och via ljudinspelning på mobiltelefon. Intervjuerna tog ungefär 45 minuter var och båda författarna förde anteckningar och var delaktiga i intervjuerna med frågor och följdfrågor. En av intervjupersonerna ville ha frågorna innan och fick då en övergripande bild av frågeformuläret. Ytterligare en intervjuperson önskade få läsa transkribering av sin intervju, men återkopplade inte med vidare kommentarer kring det.

## 2.3 Analyseringsmetod

För att analysera det insamlade materialet användes en kvalitativ innehållsanalys (Hassmén & Hassmén, 2008). Efter att intervjuerna vara klara transkriberades texten utifrån

inspelningarna. Därefter lästes transkriberingen igenom av båda författarna som tog ut meningsbärande enheter var och en för sig. Därefter gick dessa meningsbärande enheter igenom tillsammans och valdes ut till ett nytt dokument. För att komma fram till relevanta koder, teman och underteman skrevs de meningsbärande enheterna ut och klipptes isär var för sig för att därefter sorteras i grupper (Hassmén & Hassmén, 2008). När detta var gjort skrevs koder och underteman ner av författarna på egna håll och jämfördes därefter. När detta var gjort och gemensamma underteman var klara skedde ytterligare en koll utifrån dem för att se om det fanns ett större generellt tema (Jones, 2015). Teman som kom fram var FaR i dåtid, nutid och framtid. Slutligen lästes alla texter under respektive tema igenom för att säkerställa att ingen data uteslutits eller missats och ett resultat kunde träda fram.

Tabell 1. Tematisering och underteman samt exempel på koder och citat.

<b>Teman</b>	<b>Underteman</b>	<b>Koder</b>	<b>Citat</b>
<b>FaR i dåtid</b>	<b>FaR's betydelse inom hälso- och sjukvården</b>	Verktyg Metod Evidensbaserad	“Ja, jag skulle vilja säga att det har haft väldigt stor betydelse, för i arbetet med levnadsvanor så är det väldigt viktigt att man har turer, arbetssätt och verktyg att jobba med, där man kan känna sig trygg med evidensen” (Region B)
<b>FaR i nutid</b>	<b>Fördelar med FaR</b>	Fördelar	“Fördelarna är ju framförallt det här strukturerade sättet, att prata fysisk aktivitet med patienterna.” (Region D)
	<b>Hur FaR är organiserat</b>	Föreskrivningar Verksamhetsfråga.  Strukturer	“Ja alltså strukturen för det är ju på plats och fungerar bra, vi har ju utbildningar som rullar, vi har det i våra uppdrag, vi har det i våra avtal, vi har det med i uppföljningen. Sen är ju föreskrivningen på en ganska låg nivå ändå skulle jag säga. Vi skulle ju gärna se att den ökar och så det finns ju mycket kvar att jobba på och det finns ju många verksamheter kvar att jobba med och så där. Men när man jobbar på regional nivå så är det mycket en verksamhetsfråga.” (Region E)
<b>FaR i framtiden</b>	<b>Utvecklingsområde</b>	Kommunikation	“det är väl det jag känner att vi skulle kunna föreskriva så mycket mer recept och ha mycket bättre uppföljning än de görs idag i framtiden här.” (Region D)

## 2.4 Tillförlitlighet

Vid bedömning av studiens tillförlitlighet så användes aspekterna pålitlighet, trovärdighet och överförbarhet som grund (Hassmén & Hassmén, 2008). Angående studiens pålitlighet så handlar kvalitativ forskning mycket om att göra tolkningar, vilket påverkar en studies pålitlighet då tolkningar kan skiljas sig åt mycket forskare emellan (Hassmén & Hassmén, 2008). För att uppnå en hög pålitlighet i studien så finns det tillräckligt samlad och detaljerad data som tillhandahålls för att studien skall kunna replikeras, även om resultatet kan bli annat (Jones 2015). För att stärka resultatet så jämfördes studien med tidigare forskning inom området (Hassmén & Hassmén, 2008).

Båda författarna analyserade först all data enskilt för att därefter gemensamt analysera data och sedan tillsammans finna tolkningar, koder och teman, eventuella motstridigheter i datan genomsöktes för att säkerställa studiens trovärdighet (Jones, 2015). Med den nuvarande kunskapen hos författarna har ett gediget försök gjorts så detaljerat och noggrant som det möjligen går beskriva hur studien har gått till och sedan låta data tala och överlåta bedömningen om generalisering av resultatet till läsaren själv (Hassmén & Hassmén, 2008).

## 2.5 Etiska överväganden

Informationskravet efterföljdes genom att informera studiens deltagare om studiens syfte genom ett informationsbrev. Uppgifterna som samlades in tillgängliggjordes endast för författarna och ansvariga handledare därefter förstördes uppgifterna för att säkerställa konfidentialitetskravet. Ett muntligt samtycke godkändes så att samtyckeskravet uppfylls. Deltagarnas identitet skyddas av pseudonymer och enskilda deltagare publiceras ej. Insamlad data användes endast för att besvara studiens syfte och frågeställningar och fyller då nyttjandekravet (Hassmén & Hassmén, 2008).



## 3 Resultat

Denna studies undersökning var att belysa hur regionsansvariga för fysisk aktivitet på recept såg på arbetet kring FaR i dåtid, nutid och framtid. Vad ansåg de regionsansvariga att FaR har bidragit med inom hälso och sjukvården? Vad ansåg de regionansvariga var grundläggande för ett lyckat arbete med FaR, och vilka utvecklingsområden kan det finnas för FaR enligt regionsansvariga?

### 3.1 Dåtid

FaR har haft stor betydelse för vissa regioner då det är en evidensbaserad metod. Till exempel i region A så har det varit ett nytt sätt att jobba med fysisk aktivitet och levnadsvanor. Även ett nytt sätt att lyfta fram fysisk aktivitet och att fysisk aktivitet är mångfacetterat. Flera regioner anser att FaR har haft stor eller väldigt stor betydelse i arbetet med levnadsvanor då den evidensbaserade metoden gav trygghet. Region D har använt FaR kliniskt med receptförskrivningar till patienter som varit hjärtopererade, haft hjärtinfarkt men även rehabilitering i hemmet och i livets slutskede.

Det har tidigare varit ett motstånd till FaR i några regioner. Det förekom att läkarna inte trodde på metoden och ville inte skriva ut FaR i någon större mängd. I region C var det sjukgymnaster och fysioterapeuter som skrev ut FaR och kunde inte skriva ut till alla de önskade då det också krävdes en uppföljning med återbesök. Uppföljningen kunde även göra att patienterna kom tillbaka med en ny åkomma och då var det svårt att avsluta patienterna. FaR ansågs i region C vara något trögjobbat och ett beslut fattades om att lägga större fokus på fysisk aktivitet brett i region. Enligt region G arbetade sjukvården mest med akut sjukvård, då skadan redan är skedd och att det inte var ett preventivt tänk. Det var så som sjukvården är uppbyggd, men det håller på att ändras nu.

I en region hade man arbetat fram egna strukturer. Den ansvariga där menade att:

“...man tyckte att IT-systemet var, journalsystemet är man sällan nöjd med i någon region, men man tyckte att den modulen när man förskriver FaR var dålig så då jobbade vi tillsammans med IT för att kunna förbättra den utifrån det förutsättningar...” (Region E)

Sammanfattningsvis kan sägas att de intervjuade beskriver en varierad bild av hur arbetet med FaR hanterats och att en bristande tilltro till FaR och en viss motsträvan funnits hos läkare till att använda sig av FaR.

### 3.2 Nutid

I resultatet av arbetet så framkommer det från flertalet regioner att FaR är ett av många verktyg i verktygslådan och att det är en konkret evidensbaserad metod som ska användas inom hälso-och sjukvården. FaR är något som majoriteten av regionsansvariga är överens om att det är en bra metod, men att få till det praktiskt upplevs exempelvis av region D som något svårt.

På frågan om FaR behövs inom vården så svarar flertalet regioner att det anser de och att de ser stora möjligheter för förbättrat arbete med FaR om det kan implementeras ytterligare inom fler delar av vården.

“Svensk FaR ökar fysisk aktivitet, och det är vi ensamma om i världen att kunna säga” (Region B).

De fördelar regionerna ser med FaR inom hälso-och sjukvården är exempelvis att följsamheten för patienter som får det förskrivet är väldigt god över tid, särskilt när man jämför det med följsamheten till läkemedel. Det finns inte några direkta biverkningar med fysisk aktivitet, men också att det är evidensbaserad metod som är tydligt strukturerad och att FaR är effektivt och verkligen fungerar.

“Många människor vill ju inte ha tabletter eller mediciner...för det får de biverkningar och sådär då..utan de vill ha något annat” (Region B). En region nämnde att nackdelarna med FaR inte låg i metoden utan snarare kanske kan vara om en bakomliggande anledning finns till varför ett FaR förskrivs, exempelvis om en fysioterapeut med väldigt starka idrottsideal låter sin personliga åsikt om varför fysisk aktivitet är så bra färga samtalet med patienten och med det bli styrande mot en aktivitet som är för intensiv eller rent utav opassande för patienten. På frågan om regionsansvariga upplever några nackdelarna med FaR? Då svarade exempelvis hen från region B ett klart och tydligt nej, inte om den används rätt och övriga regionsansvariga instämmer mer eller mindre på just det uttalandet. Enligt alla tillfrågade

regioner så är FaR ett av flera verktyg i en verktygslåda som hälso- och sjukvården har till sitt förfogande.

På frågan hur regionerna jobbar *systematiskt* med FaR så svarar region H att det är i ett utredningsskede. Region C menar på att det är en metod som inte används alls systematiskt. Flertalet regioner nämner att mycket av arbetet kring FaR har legat vilande i väntan på att det nationella arbetet med riktlinjer kring ohälsosamma levnadsvanor har arbetats fram. FaR håller på att införas med rutiner med regionala och lokala vårdprogram och får där given plats i utbildningsmaterialet. Region A påpekar vikten av att det finns utbildad personal i den nya organisationen som verkligen brinner för fysisk aktivitet för att metoden skall fortsätta att användas och inte glömmas bort.

FaR-utbildning inom hälso-och sjukvården är något som bedrivs inom samtliga regioner men det sker på olika sätt beroende på storlek och resurser för just den regionen. Vissa regioner har utbildningar inom flertalet olika instanser exempelvis primärvården, cancermottagningar, barn- och mödravårdscentraler med flera. En annan region uppger att de har jobbat aktivt med att implementera och stödja arbetet med FaR med visioner, men även att följa arbetet med dialoger för att få tydliga mätbara resultat. FaR nämns vara ett sätt att organisera, ett koncept, ett verktyg och en struktur för att lyfta fram dom positiva fördelar som finns med fysisk aktivitet. FaR är något som är evidensbaserat och som har en naturlig plats i det hälsofrämjande arbetet mot förbättrade levnadsvanor.

*Organisatoriskt* så framkommer det att vissa regioner ser en bristande kommunikation inom de olika instanserna inom hälso-och sjukvården. Riktade resurser mot implementeringen av FaR i alla led och återkommande utbildning från chefer och nedåt i ledningsstrukturen efterfrågas. Region H uttrycker sig så här, "Det ser olika ut i alla regioner", och nämner att de regioner hen varit i kontakt med har alla lite olika sätt att arbeta med FaR.

Beslutsfattare inom politiken ställer sig ofta positiva till just arbetet kring FaR och är ofta villiga att stödja det, men att detta inte alltid implementeras i praktiken. Vissa hinder som exempelvis tröga och gamla IT-system (journal och uppföljningssystem) och besvärlig kodning av FaR-föreskrivningar har hos en del regioner uppdaterats för att vara mer användarvänliga. Men inte heller det arbetet har haft ett nationellt övergripande förhållningssätt på hur det skall göras.

“-Jag skulle önska att man använde det betydligt mer om man fick önska något. Men det tar tid, förändring tar tid och hälso och sjukvården är en koloss. Som det här eh, det måste hela tiden vara systematiskt, hela tiden koppla det till bästa tillgänglig kunskap, hela tiden jobba med att få in det i processen att se till så att det inte är något vid sidan av och så.

Det fungerar bra men det är väldigt underutnyttjat.” (Region E)

Resultatet från denna studie visar också på att en god *samverkan* mellan hälso-och sjukvården och olika delar i samhället är viktigt för att arbete med FaR inte skall stagnera och minska. Ett av dessa samarbeten är med de olika lokala aktivitetsarrangörer i regionerna där arbetet med att synliggöra dessa pågår i flera regioner genom så kallade digitala aktivitetslistor. Där alla föreningar och företag, men även offentliga verksamheter inom exempelvis friskvård får synas och uppvisa eventuella erbjudanden riktat mot FaR patienter. Vissa regioner har haft ett nära samarbete med riksidrottsförbundet och SISU i den regionen. Exempelvis säger region E att samarbetet fungerat bra, men att det är väldigt underutnyttjat. Ett närmare samarbete och ett starkare band i region mellan kommuner, hälsocentraler, och aktivitetsarrangörer eftersöks av region F.

Region G nämner en kartläggning som gjorts på vad som tidigare fungerat och vad som inte fungerat, och vad man skulle kunna göra annorlunda och såg att ett glapp uppstod där flertalet lokala aktivitetsarrangörer utbildades inom FaR och sedan inte fick några nya medlemmar för att hälso-och sjukvården låg efter och inte föreskrev FaR. Det resulterade att de lokala aktivitets arrangörerna ledsnade.

“Det är mycket som hänger på vilka aktiviteter som finns liksom där du bor, det skulle vara tydligare på något vis” (Region G).

I några av dessa regioner jobbar ibland endast en person med FaR och i flera fall nämner de att det är svårt att utföra det jobb kring *utbildning* i FaR och bolla för ett aktivt samarbete mellan hälso-och sjukvården i den mån som behövs. I andra regioner, där arbetet med FaR uppges vara positivt och verksamt så finns det särskilda instanser som jobbar med endast FaR och hälsofrämjande arbete med fysisk aktivitet som behandlingsmetod. I en av dessa regioner jobbar upp mot tjugo personer med FaR.

Sammanfattningsvis ger detta resultatsvar till studiens frågeställningar, att FaR bidragit till ett mer hälsofrämjande arbetet inom hälso-och sjukvården sedan verktyget togs fram 2001 och

att i regioner där arbetet med FaR fungerat effektivt så har utbildning, samverkan och god kommunikation varit essentiellt för ett lyckat arbete. Det går också att säga att FaR ser väldigt olika ut i regionerna. Det som de ser är FaR är mycket följsamt i förhållande till läkemedel. Däremot så är FaR inte strukturerat eller organiserat optimalt.

### 3.3 Framtid

Respondenterna anser att FaR behöver en bättre ledningsstruktur uppifrån, med kunskap och förståelse för metoden på alla chefsnivåer. Respondenterna menar att det behövs bättre rutiner och tydliga rekommendationer på hur FaR skall implementeras och användas. Flera av de regionsansvariga anser att det behöver finnas en medveten strategi för FaR, för att FaR skall användas bättre, så finns behovet av mer tid, mer pengar, för att möjliggöra att många fler FaR-patienter får rätt uppföljning inom vården. Enligt Region H är FaR en metod som används, men den behöver vidareutvecklas och hen nämner till exempel att mer konkret information angående när FaR skall nyttjas vore mer effektivt. Detta för att resurserna inom hälso-och sjukvården inte skall bli mer ansträngda.

Framtiden för FaR tycker många regioner är positiv. Generellt så ökar medvetenheten och intresset. En del av regionerna vill se FaR som en naturlig del i vården och att de skrivs ut fler FaR. Att det är en del i utbildningspaketet om levnadsvanor, en del i sjukvårdens verktygslåda i förebyggande vård och behandling. FaR-utbildningar ska kontinuerligt hållas och uppdateras. Själva FaR upplever vissa regioner som något förlegad som skulle behövas förnyas med till exempel en app eller bli mer digital. Någon region tycker att FaR måste bli mera känt och komma in i utbildningar och lokala rutiner. En annan region anser att FaR kan bidra till att minska hälsoklyftorna i samhället och sprida sig som ringar på vattnet. FaR kommer att bli ytterligare ett verktyg för hälsocoacher i framtiden.

”I framtiden borde FaR kunna erbjudas till 35 till 40 procent av Sveriges befolkning”  
(Region B).

FaR är med i det nationella vårdprogrammet som i sin tur kommer att implementeras i alla regioner. Det efterfrågas också struktur inom ledningsarbete som stödjer arbetet med FaR och levnadsvanor som i sin tur ska ge att alla är utbildade och att de det finns ett journalsystem integrerat. Tidigare och i viss mån även nu saknas rutiner för FaR. Journalsystemen och IT-system var inte gjorda för FaR. Exempelvis säger en regionansvarig att:

“...det måste in i alla utbildningar sen måste ju det här med liksom bara in allas lokala rutiner. Ännu tydligare styrning...” (Region F)

Med ett framtidsperspektiv är det några regioner som ser fördelar med subventionering av FaR medan andra inte vill ha det. I socioekonomiskt utsatta grupper är den fysiska aktiviteten oftare lägre liksom utbildningsnivån vilket gör att risken ökar att man blir exkluderad på grund av att man inte har råd med aktiviteterna. Att ha subventionering för FaR ses som en möjlighet att stödja de patienter som finns i dessa socioekonomiskt utsatta grupper. Även att subventioner skulle vara en investering som går att följa upp. Andra regioner menar att subventionerna ska läggas på processen och utbilda personal som till exempel legitimerade FaR-handledare.

Regionerna som inte vill subventionera framtida FaR tycker bland annat att det finns en risk att det fokuseras på det sjuka och att patienten hamnar i en ond spiral. Patientens ekonomiska situation bör inte påverka möjlighet till deltagande i förskrivna aktiviteter att fortsätta med den även efter att subventioneringen tas bort. De flesta regioner tycker att någon form av subvention skulle vara intressant att testa och att de positiva effekterna av subventionering överväger. Subventioneringen kan riktas mot patienter och eller arrangörerna av aktiviteterna. Ett argument är att 80 procent av de icke smittsamma sjukdomarna skulle kunna förhindras i framtiden om levnadsvanorna förändrades och skapa en sådan förändring måste det få kosta. Det är dock komplext och en nationell samordning och samfinansiering som behövs säger flera regioner.

Flera regioner efterfrågar en större ledningsgrupp som är kunnig på effekter av fysisk aktivitet från regeringen och neråt som ger utrymme för att arbeta med FaR. En medveten strategi där man öronmärker mer tid för att arbeta med detta. En hög kvalitet inom processen och metoden FaR är något som är önskvärt från flera regioner. Att fokusera på kvalitet i processen i stället för det vedertagna sättet där antalet FaR-föreskrivningar statistiskt är måttet för ett lyckat FaR-arbete i en region.

Flera av de regionsansvariga för FaR säger de att det skulle behövas en ändring av vem som får förskriva och använda FaR. Enligt regionansvariga har det redan börjat ske en förändring då ytterligare hälsovårdspersonal arbetar med FaR. Fortfarande kan endast legitimerade yrken förskriva FaR, men det verkar som det fattas utbildad personal på flera håll. Något som alla intervjuade regionerna önskar är att än fler kan arbeta med FaR och möjligtvis att fler

yrkesgrupper ska kunna jobba med FaR. Olika slags hälsovetare kan vara en möjlighet att möta personer som behöver FaR enligt region D. I några regioner så sker redan detta samarbete. Dessa hälsoarbetare inom vården har en gedigen utbildning där det ingår allt från coachning till anatomi och anpassad fysisk aktivitet. De är utbildade för att kunna ingå i vården och arbeta med bland annat FaR.

Ett nationellt ägandeskap kring hur FaR organisatoriskt skall skötas, samt en rättvis fördelning av resurser till alla regioner i form av tid och personal som jobbar med FaR eftersöks från flera regioner. Det finns inte tillräckligt med kunskap eller sjukvårdspersonal idag inom sjukvården att arbeta med fysisk aktivitet och levnadsvanor. En region säger dock att det är på gång och det är önskvärt.

Enligt regionerna är framtiden för FaR positiv men det behövs mer ledning och struktur. Subventioner av FaR är det flesta regionsansvariga öppna för, men hur det ska gå till och vad man ska satsa på är det meningsskillnader om. De säger även att det behövs mer utbildad personal och då är ett alternativ inte bara legitimerade yrken.

## 4 Diskussion

Syftet med denna studie var att belysa hur arbete med FaR har gått från dåtid, nutid och till framtiden för FaR och möjliga utvecklingsområden. Sammanfattningsvis så visar resultatet att det varierar från region till region, hur regionen jobbat, jobbar och hur regionen kommer jobba med FaR i framtiden. Mycket baseras på vilka resurser som finns tillgängliga inom regionen till exempelvis utbildning och arbetet kring FaR, och om uppmuntran sker inom hälso-och sjukvården och även politisk uppmuntran och stöd för arbetet med FaR i kommuner och regioner. Det finns ett behov av någon form av samverkan som upprätthålls med de olika lokala aktivitetsarrangörerna inom regionen.

### 4.1 Dåtid

Det som skedde 2001 var att FaR startade och det blev möjligt att skriva ut fysisk aktivitet på recept på sjukhus och hälsocentraler (Kallin & Leijon, 2003). Det tog ganska bra fart och i många regioner utgick ekonomisk ersättning till de som förskrivit FaR. Intresset ökade och FaR som metod blev en del av sjukvården. Ett av problem som några regioner nämnt var just att det fanns hälsocentraler som såg en möjlighet till att tjäna pengar och skrev ut FaR utan att göra en riktig uppföljning vilket gjorde att kvaliteten på FaR som metod blev lägre. Detta kan tyckas smart av hälsocentralerna att enkelt tjäna pengar, men i längden undergräver det FaR-metoden. Flera regioner tycker att det skulle vara intressant med en ny subvention, men åsikterna går isär om pengarna ska läggas på patienten, lokala aktivitetsarrangören eller på processen där hälsocentralen ska hålla med kompetent personal. Ingen region efterfrågar att göra om samma sak som tidigare med subventioner för varje förskrivning till hälsocentralerna. En orsak till detta är att det inte funnits någon tydlig nationell inriktning om subventioner. Regionerna fick välja själva och då blev utfallet olika framgångsrikt.

I världen blir kunskaperna om riskerna med stillasittande tydligare och forskare har uppskattat att genom fysisk aktivitet kan vart tionde förtida dödsfall förebyggas (Lee et al., 2012). I Sverige dör 90 procent i förtida död av icke smittbara sjukdomar som exempelvis fetma, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes typ 2, och FaR kan vara ett av flera verktyg inom hälso-och sjukvården för att motverka detta enligt Folkhälsomyndigheten (2019). De flesta regioner är överens om att metoden FaR fungerar och ökar den fysiska aktiviteten. Då 37 procent av svenskarna rör sig för lite (Lundquist, 2020) och mer specifikt 70 procent av 50



till 64-åringarna gör det (Joelsson et al., 2020), så känns det rimligt att föreställa sig att om förskrivningarna av FaR ökade så skulle procentsatserna minska och då kanske färre dör av de icke smittbara sjukdomarna. Detta gäller dock endast om FaR används på rätt sätt. Där FaR-metoden har använts med alla steg med remiss ökar chansen till gott resultat (Leijon et al, 2009). Om patientens aktivitet skraddarsys med motiverande samtal och gedigen uppföljning så har resultaten också varit goda enligt region B. Då visar historien att det går att göra ändringar för framtiden med troligen lyckat resultat.

Enligt en region så är det viktigt att hjälpa patienter i svåra socioekonomiska förhållanden för att de ska kunna nyttja FaR fullt ut. Det överensstämmer med hälsans bestämningsfaktorer över socioekonomiska förhållanden (Wramner et al, 2018). Orsaken till att de i svåra socioekonomiska förhållanden rör sig mindre kan enkelt ha att göra med mindre pengar och en tuffare livssituation än de med bättre förhållanden. Troligen är det inte endast en kunskapsfråga utan en förutsättningsfråga.

## 4.2 Nutid

Arbetet med FaR-utbildningar inom primärvården, sjukhus, barnkliniker, psykiatri, elevhälsa och andra kommunala verksamheter är något som genomförs regelbundet i flertalet regioner (Lundkvist, 2020). De regioner som uppger att arbetet går i positiv riktning menar att just kontinuerlig utbildning av FaR och fysisk aktivitet som en behandlingsmetod är en av de viktigaste komponenterna för ett lyckat arbete med FaR. Utvecklingen av digitaliseringsverktyg inom vården pågår för fullt och exempelvis i region A finns det idag en befintlig webbutbildning om levnadsvanor där är FaR en del av materialet. Däremot kan det tyckas märkligt att digitaliseringen inte redan är på plats. En av orsakerna till detta går att utläsa i att den nationella samstämmigheten skulle kunna vara mycket bättre (Region E). Det verkar fattas resurser i flera regioner. Det ser inte bättre ut med journalsystem och man kan fråga sig varför dessa inte har utvecklats. En av orsakerna är just att det är svårt att få med sig politiken. En spekulation skulle kunna vara att om tid lades på att kommunicera och visa på den befintliga forskningen för politiker skulle möjligheterna att driva FaR framåt öka. Politiken skulle då få möjlighet att se att den evidensbaserade metoden FaR har effekt på riktigt och fatta mer långtgående beslut enligt region E. Kraftfull lobbying saknas dock för FaR jämfört med vad troligtvis läkemedelsföretagen kan satsa.

Samverkan är ett annat område där det råder delade meningar bland de regionansvariga. Strukturen över hur man ska gå till väga varierar så mycket att samverkan blir väldigt olika bland regionerna. Ett koncept som dock verkar ha framgång är att samverka med RF-Sisu i någon form enligt region A. De regioner som gör eller gjort detta är nöjda med samarbetet och utbudet på aktiviteter.

### 4.3 Framtid

Flertalet regioner påpekar behovet av bättre samverkan inom hälso-och sjukvårdens olika delar och förbättrad kommunikation mellan dessa för att arbetet med FaR skall fungera effektivt. Mer samarbete behövs mellan hälso-och sjukvården och de olika lokala aktivitetsarrangörerna. Några regioner nämner vikten av politisk uppmuntran och stöd i form av beslut och åtaganden för att utbildning inom det hälsofrämjande arbetet och FaR skall ske kontinuerligt och någorlunda likadant över regionerna. Samt att det är något som uppmuntras uppifrån och ned i styrning och ledning, från chef till vårdpersonal och alla berörda inom de olika sektorerna.

De resultat som denna studie fick om behovet kring utbildning, organisation och ledning inom hälso-och sjukvården är också något som nämns i en avhandling av Lundkvist (2020). För att nå ett lyckat resultat med arbetet med FaR så behövs det stöd från organisation och ledning, ordnade rutiner och utbildade skickliga medarbetare som jobbar med FaR.

Ett sätt att samarbeta inom vården är den teoretiska referensram som kan användas för att tänka och arbeta hälsopromotivt vilket är teorin om förändring (Antonovsky, 1993). Hälsoteorin utifrån en salutogen grund, vilket innebär att öppna system och teorier är kopplade till olika delsystem av teorier. Ett sådant sätt att jobba hälsofrämjande tas upp av Eriksson (2015), där de vägledande principerna nämns. Där man tar upp vikten av att jobba med insatser som fokuserar på vad som skapar hälsa i stället för att söka orsaker till ohälsa och sjukdom, och att hälso- och sjukvården behöver ta ett särskilt ansvar för att skapa dessa förutsättningar för att människor ska kunna upprätthålla och utveckla sin egen hälsa.

En annan vägledande princip som nämns är hållbarhet: Där fokus ligger på att förändringar i samhället och hos individer skall vara funktionella även när de inledande stödinsatser

upphört. Hållbarhet kan exempelvis uppnås praktiskt genom att se till att upprätthålla en god tillgänglighet och bra standard på exempelvis cykelbanor, promenadstråk osv.

Deltagande: Innebär att de berörda individerna/grupper involveras i alla steg vad gällande implementering, utvärdering och planering.

Intersektoriell: Att verksamhetsområden och berörda sektorer involveras och har god samverkan. Dessa nämnda principer kan verka som vägledande genom att genomföra dessa praktiskt i hälsofrämjande åtgärder, exempelvis genom informering av hälsofördelar av fysisk aktivitet och sunda levnadsvanor, att möjliggöra för mer fysisk aktivitet i arbete och i vardagen, men även att en positiv miljö finns där omtanke för sina medmänniskor uppstår (Eriksson, 2015). Mycket av detta som nämns görs redan idag och enligt resultaten som framkommit i denna studie är det något som också kommer att arbetas mera med framöver genom olika utbildningar och insatser.

Enligt ett studentarbete av Nygård och Åstrand, F. (2021) så är verktyget FaR något som har ett högt värde för folkhälsan. Fördelar kan ses vid god samordning och där leder FaR till främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa, bättre självförtroende och minskad förskrivning av medicin. Eventuella brister med FaR som verktyg nämns främst vara brist på utbildning av FaR-metoden hos förskrivarna och tidsbrist till uppföljning, men även att samverkan mellan sjukvården och friskvården är i vissa fall bristfälligt vilket leder till dålig kommunikation och till minskat förtroende mellan parterna och minskade förskrivningar av FaR (Nygård & Åstrand, 2021). Detta stämmer väl med vad som framkommit i denna studie.

Att bättre samordning och riktade insatser behövs för patientens hälsa och säkerhet nämns även av Socialstyrelsen där det beskrivs i detalj utifrån en handlingsplan som strävar efter att ge ett kraftfullt patientsäkerhetsarbete på nationell nivå (Socialstyrelsen, 2022). Detta nämns även i studien av Kallings et al. (2018), som visar att värdet av tydliga riktlinjer och policyer behöver skapas och få på plats organisatoriska stödjande strukturer, vidare att säkerställa att de riktlinjer och policyer är godkända och välkända i alla delar av vårdorganisationen.

Hälsopromotion som idé är en process som ger organisationer och samhällen, grupper och individers möjligheter till att påverka, förbättra och kontrollera hälsofrämjande faktorer. Att se på ohälsa och hälsa, där fokus ligger på vad som främjar hälsa utifrån ett helhetstänkande i

ett större sammanhang är ett salutogent synsätt. Empowerment är ett demokratiskt begrepp som för grupper kan ha stor effekt för att sprida vidare en förändring till de som verkligen gagnar av den (Eriksson, 2015). Ett exempel skulle kunna vara FaR som blir till en förändring i sjukvården till fördel för de som får receptet utskrivet. Regionerna jobbar redan med hälsopromotion men i och med att FaR inte fungerar fullt ut på många håll i landet är detta en del att titta djupare på. FaR skapar en större empowerment för patienten och som enligt Eriksson (2015) kan en förändring skapas. Alltså om FaR fick större utrymme i hälsopromotionen borde patienterna bli mer autonoma och mer fysiskt aktiva som vidare leder till fler positiva resultat.

För att en förändring ska bli möjlig börjar det på individuell nivå, till exempel sjuksköterskor, som blir stärkt i sin egen förmåga och får möjligheten att använda sina resurser (Eriksson, 2015). Processen som empowerment utför är på individuell nivå att personen blir autonom och får kontroll över sitt liv. På gruppnivå blir empowerment att gruppen kämpar mot gemensamma mål och använder sina gemensamma förmågor för att bidra till en hjälpande förändring. Empowerment har stor betydelse för hälsan i samhället. Ohälsa i samhället kan bero på bristen av detta och en känsla av att inte vara autonom.

Att möta någon med empowermentperspektiv är att se patientens styrkor och agera mer som en handledare för att förverkliga det som behövs för att skapa en förändring som gagnar patienten (Eriksson, 2015). Inom FaR skulle detta kunna vara att se vilka förutsättningar patienten har för fysiska aktivitet och vad patienten tycker om för aktivitet. Därefter i samråd skriva ett recept som matchar hen.

Resultaten av denna studie är både intressant och varierande. Eftersom det skiftar från region till region hur FaR nyttjas så går det att gissa att de regioner vi inte intervjuat kan ha andra sätt att använda FaR på. Det är därför troligt att denna studie inte ger en fullständig bild hur används FaR i landet.

#### 4.4 Metoddiskussion

Det finns både styrkor och svagheter i denna studies metod. Den semistrukturerade intervjun gav den flexibilitet som hoppats på och en hel del oväntade svar som kunde hända enligt Jones (2015). En av styrkorna är att det var procentuellt högt deltagande i förhållande till

antalet regionansvariga. 8 av 24 regionansvariga intervjuades vilket är 33 procent som får anses som bra i en kvalitativ studie. Urvalet kan diskuteras dock var det en kvalificerad gissning att de regionsansvariga för FaR var det bäst lämpade på grund av att det var ändamålsenligt urval (Hassmén & Hassmén, 2008). Det finns många med kunskap om FaR och de som kan absolut mest om FaR kan finnas med i studien, men de är inte säkert. Dessutom blev urvalet slumpmässigt på så sätt att de första åtta som svarade blev utvalda vilket kan tyda på att det använder FaR mest och har mycket kunskap, men att de är även de mest positiva. Nu hade de flesta regionansvariga som intervjuades både ris och ros till FaR, men det hade inte kunnat förutses. Om spridningen geografiskt varit planerad hade olika regioner på mycket skilda håll i Sverige valts. I efterhand blev det en stor spridning, men det gick inte heller att förutses och hade regionerna valts ut efter geografi hade det med stor sannolikhet blivit något annorlunda. Detta kan ha påverkat resultatet.

Intervjuerna varade ungefär 45 minuter per person och hade förutbestämda frågor. Vid några tillfällen lades kompletterande följdfrågor in. Resultatet kan ha blivit annorlunda om intervjuerna fått ta längre tid och om intervjuerna varit helt öppna (Hassmén & Hassmén, 2008). Mer information hade måhända då framkommit. Detta förhållningssätt tilläts inte denna gång på grund av det hade tagit för lång tid att slutföra studien.

Intervjuerna spelades in på video på dator vilket gjorde att ansiktsuttryck och gester kunde tolkas för att avgöra vidare följdfrågor eller inte. Detta gav en fördel jämfört med om de skett via telefon. Detta medförde att analysen var ganska omständlig och tog lång tid med meningsbärande enheter, underteman och teman (Hassmén & Hassmén, 2008). Det var nog ändå den bästa metoden att jobba efter.

Överförbarheten är inte helt lätt, då det är svårt att dra några större konklusioner av en kvalitativ studie med begränsat urval av respondenter.

En av de intervjuade önskade frågorna i förväg vilket kan ha spelat roll för svaren. Däremot gavs endast en överblick av frågorna och ganska tätt inpå intervjun. Ett sätt hade varit att lämna ut en introduktion till frågorna för att förbereda intervjupersonerna. Detta hade kunna ge fördjupade intervjuer. Nackdelen hade dock varit att gå miste om spontana svar och att de kan bli för generella. Det var även en person som önskade att se över transkriberingen av sin intervju i syfte att känna sig tryggare. Detta gav lite oro för om hen då skulle dra tillbaka sin

intervju. Med ett förklarande mejl om att hen inte skulle ordagrant framställas med sockar och upprepningar verkar det ha givit en lugnande effekt.

Stor vikt lades på etiska överväganden och anonymitet (Hassmén & Hassmén, 2008). Med stor försiktighet skrevs studien och kontrollerades så att inte respondenterna skulle kunna röjas.

## 5 Fortsatt forskning

Resultatet från denna studie visar behovet av mer forskning kring hur samverkan inom hälso- och sjukvården kan förbättras. Till stor del saknas kunskap om samverkan och kommunikation inom och mellan de olika organisationer som jobbar med FaR. Kan en nationell instans som jobbar strategiskt och med fysisk aktivitet behövas i varje region för stödja det hälsofrämjande arbetet med FaR? Finns det potentiellt utrymme inom hälso- och sjukvården för hälsoarbetare som inte är legitimerade och som kan axla det mer hälsoförebyggande arbetet och vart skall de iså fall vara i organisationen? Slutligen skulle ett mer effektivt sätt att arbeta med FaR troligen gynnas av att mer forskning lades på hur implementeringen av kontinuerliga utbildningar av FaR inom hälso- och sjukvården bör ske.

### 5.1 Slutsats

Med resultaten av denna intervjustudie framträder de ansvarigas bild av vad som brister i arbetet med FaR och möjligtvis också vad som behövs för att arbetet med FaR skall fungera optimalt inom regionerna. Behovet av bättre samverkan inom hälso- och sjukvårdens olika delar och förbättrad kommunikation mellan dessa ser ut att föreligga. Det finns även ett behov av ett närmare samarbete mellan lokala aktivitetsarrangörer, förskrivare och politiken. Flera regioner önskar att kontinuerligt ha en fortsatt politisk uppmuntran i beslut och åtagande för att trygga att kunskapen om fysisk aktivitet som behandling så att FaR fortsätter implementeras hos personal och berörda aktörer. Behovet av kontinuerlig utbildning inom FaR är önskvärt från regeringsnivå och direkt nedåt i chefsled till politiker, tjänstemän och behörig vårdpersonal.

Sammanfattningsvis så menar vissa regioner att det kan finnas ett behov av ett nationellt grepp med en lokal verksamhet i kommuner och region som jobbar med FaR både organisatoriskt, kommunikativt och i ledning och samverkan. Det nationella levnadsvanorprogrammet som nyligen uppdaterats borde kunna vara en naturlig plattform för att informera och utbilda om FaR till blivande medarbetare. Slutligen skulle FaR kunna ha en mer tydlig och framlyft plats i den så kallade verktygslådan inom det hälsofrämjande arbetet. Möjligheterna för vidareutveckling och förbättring av FaR torde då bli stora om regionerna får liknande förutsättningar och resurser.

## Referenser

Andersen, P., Lendahls, L., Holmberg, S., & Nilsen, P. (2019). Patients' experiences of physical activity on prescription with access to counselors in routine care: A qualitative study in Sweden. *BMC Public Health*, *19*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6535-5>

Antonovsky A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine*, *37*(8): 969-981.

Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Black RA, Gleeson M, Smyth N, Kearns L. Integrated Care Services for Chronic Disease – The Role a Programme Manager Plays in Making a Design a Reality. *International Journal of Integrated Care*. 2017;*17*(5):A577. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.3897>

Börjesson, M., Arvidsson, D., Blomqvist, Å., E-I, D., Jonsdottir, I. H., Lundqvist, S., Mellén, A., Onerup, A., Sjögren, P., Svanberg, T., & Jivegård, L. (2018). *Efficacy of the Swedish model for physical activity on prescription*. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum, 2018. Regional activity based HTA 2018:10

Carpentier, J., & Mageau, G. A. (2013). When change-oriented feedback enhances motivation, well-being and performance: A look at autonomy-supportive feedback in sport. *Psychology of Sport and Exercise*, *14*(3), 423–435. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.01.003>

Day, T., & Koonce, L. (2020). *Fysisk Aktivitet på Recept : how FaR are we?* (Kandidatuppsats, Högskolan i Borås). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hb:diva-23580>

Eliasson Skoglar, C., & Lindeberg, J.-O. (2019). *Fysioterapeuters erfarenheter av att förskriva Fysisk aktivitet på recept till personer med funktionsnedsättning : En kvalitativ intervjustudie* (Kandidatuppsats, Mälardalens högskola). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:mdh:diva-44086>



Eriksson, A.-S., & Costell Lindberg, A. (2021). *Distriktssköterskors erfarenheter av att använda FaR inom primärvården : En intervjustudie* (Magisteruppsats, Högskolan i Gävle). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hig:diva-36608>

Eriksson, K. (2020). *Fysisk aktivitet på recept (FaR) som behandlingsform: En intervjustudie om upplevelsen av fysisk aktivitet på recept.*(Kandidatuppsats, Karlstads universitet). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hb:diva>

Eriksson, M. (2015). *Salutogenes: om hälsans ursprung: från forskning till praktisk tillämpning.* (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Faskunger J. (2001). *Motivation för motion -hälsovägledning steg för steg.:* SISU Idrottsböcker.

Faskunger J & Nylund K, 2014. *Motivation för motion.* Stockholm:SISU Idrottsböcker.

FHI (2018). *FaR – Fysisk aktivitet på recept.* Hämtad 2022-02-11 från <http://www.fhi.se/far>

Folkhälsomyndigheten (2022). *Folkhälsan i Sverige under Covid-19-pandemin.* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/covid-19-och-folkhalsan/>

Folkhälsomyndigheten (2022). *EUPAP – FaR på export till Europa.* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/eupap--far-pa-export-till-europa/>

FYSS. (2017). *FaR.* Hämtad 2022-02-15 från <https://www.fyss.se/far/om-fysisk-aktivitet-pa-recept-far-2/>

Gerber, M., Lindwall, M., Lindegård, A., Börjesson, M., & Jonsdottir, I. H. (2013). Cardiorespiratory fitness protects against stress-related symptoms of burnout and depression. *Patient education and counseling*, 93(1), 146–152. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.03.021>

Goodson, P. (2010). *Theory in health promotion research and practice: thinking outside the box*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett.

Hansen, A. (2021). *Depphjärnan: varför mår vi så dåligt när vi har det så bra?* Malmö: Producerad av MTM.

Joelsson, M., Lundqvist, S., & Larsson, M. E. H. (2020). Tailored physical activity on prescription with follow-ups improved motivation and physical activity levels. A qualitative study of a 5-year Swedish primary care intervention. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(4), 399–410. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1842965>

Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 24(2), 259–272. <https://doi.org/10.1111/sms.12050>

Kallings, L. V. (2012). Fysisk aktivitet på recept – en underutnyttjad resurs. *Läkartidningen*, <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:gih:diva-2623>

Kallings, L. (Red.). (2011). *FaR® -Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

Kallings, L.V. & Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept - FaR*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Klöfvermark, J. (2013). *Ojämlig Fysisk Aktivitet på Recept : En kvalitativ intervjustudie om kopplingen mellan Socioekonomisk status och FaR* (Kandidatuppsats, GIH, Stockholm). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:gih:diva-2946>

Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., & Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* (London, England), 380(9838), 219–229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)

Leijon, M. (2009). *Activating people: physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish county*. Diss. (sammanfattning) Linköping : Linköpings universitet, 2009. Linköping.

Leijon, M.E., Bendtsen, P., Nilsen, P., Festin, K. & Ståhle, A. (2009). Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? [Elektronisk resurs]. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*. (19:5, 627-636). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-15609>

Lindwall M & Stenling A & Josefsson Weman K. (2019). *Motivation inom träning, hälsa och idrott*. Lund: Studentlitteratur.

Lundh, F., & Polak, L. (2020). *Fysisk Aktivitet på Recept. En intervjustudie om förskrivares och aktivitetsarrangörers upplevelser och beskrivningar av ordinationen*. (Kandidatuppsats, Malmö universitet). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:mau:diva-28676>

Lundquist, S. (2020). *Physical activity on prescription in primary care Impact on physical activity level, metabolic health and health-related quality of life, and its cost-effectiveness – a short- and long-term perspective* [Doktorsavhandling, University of Gothenburg. Sahlgrenska Academy].

Müller-Riemenschneider, F., Petrunoff, N., Yao, J., Ng, A., Sia, A., Ramiah, A., Wong, M., Han, J., Tai, B. C., & Uijtdewilligen, L. (2020). Effectiveness of prescribing physical activity in parks to improve health and wellbeing-the park prescription randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 1–14.  
<https://doi.org/10.1186/s12966-020-00941-8>

Nygård, A., & Åstrand, F. (2021). *Förskrivning och uppföljning av Fysisk aktivitet på recept inom primärvården i Region Västerbotten* (Kandidatuppsats, Umeå universitet). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-185842>

Paulsson, U. (2020). *Examensarbete: att skriva uppdragsbaserade uppsatser och rapporter*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.

Persson, E. (2017). *Motivationens betydelse för användningen av Fysisk aktivitet på Recept : En intervjustudie med personer som fått FaR utskrivet* (Dissertation). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hig:diva-24441>

Pellmer Wramner, K., Wramner, H. & Wramner, B. (2017). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. (4:e uppl.) Stockholm: Liber.

Regeringen (2021). *Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling*. Hämtad från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>

Region Gävleborg (2022). *Fysisk aktivitet på recept/FaR-Region Gävleborg*. Hämtad från <https://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/kunskapsstod-och-rutiner/levnadsvanor/halsoframjande/far/att-vara-far-aktivitetsarrangor.pdf>

Socialstyrelsen (2022). *Nationell samordning genom samverkan och stöd*. Hämtad från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/nationell-handlingsplan/nationell-samordning/>

Sohlberg, P. & Sohlberg, B. (2019). *Kunskapens former: vetenskapsteori, forskningsmetod och forskningsetik*. (Fjärde upplagan). Stockholm: Liber.

Statens folkhälsoinstitut (2011). *FaR®: individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Folkhälsoekonomi i praktiken*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Probst, M., Connaughton, J., Du Plessis, C., Yamamoto, T., & Stubbs, B. (2016). Top 10 research questions to promote physical activity in bipolar disorders: A consensus statement from the International Organization of Physical Therapists in Mental Health. *Journal of Affective Disorders*, 195, 82–87. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.046>

Vancampfort, D., Van Damme, T., Probst, M., Firth, J., Stubbs, B., Basangwa, D., & Mugisha, J. (2017). Physical activity is associated with the physical, psychological, social and environmental quality of life in people with mental health problems in a low resource setting. *Psychiatry Research*, 258(August), 250–254.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.041>



## **Bilaga 1.**

### Intervjuguide

#### **Bakgrundsfrågor**

1. Vad är din yrkestitel?
2. Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?
3. Hur länge har du arbetat som regionansvarig med FaR?

#### **Dåtid**

4. Vad anser du att FaR har haft för betydelse för Hälso- och Sjukvården fram till nu?
  - 4.1. Om ni har haft subventionering på HC? Hur påverkade subventioneringen utskrivningarna av FaR i din region?
  - 4.2. Upplevde du någon skillnad kring arbetet när subventionering togs bort?
5. Vad har FaR haft för betydelse för din Region?
6. Vad har du/ni gjort för att regionen ska använda FaR?

#### **Nutid**

7. Hur tycker du att FaR fungerar i din region i dagsläget?
8. Hur jobbar din region systematiskt med FaR just nu?
9. Ser du som regionansvarig några nackdelar med FaR?
  - 9.1. Om ja. Vad för nackdelar?
10. Ser du som regionansvarig några fördelar med FaR?
  - 10.1 Om Ja. Vad för fördelar?
11. Fungerar FaR som du önskar just nu?
  - 11.1 Om Ja/Nej. Kan du utveckla?

#### **Framtid**

12. Vad anser du att FaR kan göra för folkhälsan i framtiden?
13. Anser du att FaR behövs för att främja hälsa inom vården?
  - 13.1 Om Ja/Nej. Kan du utveckla?
14. Hur ser du på framtiden för FaR?
15. Ska FaR ha ett eget speciellt högkostnadskort liknande det som finns idag för farmaceutiska läkemedel?
16. Tror regionsansvariga att utskrivningar skulle öka av FaR om det skulle vara aktuellt med samma förutsättningar med subventioner som läkemedel.
17. Bör hälsoarbetare (utan medicinsk utbildning) med behörig FaR-utbildning eller Idrottsvetare ingå inom vården för att främja förskrivningar och hantering samt uppföljning av FaR.

### **Avslutande frågor**

18. Har vi missat något?
19. Har du något att tillägga?

Sparade frågor på lager:

20. Vad måste till för att FaR ska fungera som det var tänkt i när det togs fram?
21. Finns det några områden för hälsoarbetare att arbeta med FaR inom vården?



## **Bilaga 2.**

### **Informationsbrev och samtyckesblankett.**

Förfrågan om deltagande i en kvalitativ intervjustudie.

Vi är två blivande hälsovetare som studerar på Högskolan i Gävle. Vi vill i vårt examensarbete skriva om hur regionansvariga för Fysisk aktivitet på Recept ser på arbetet kring FaR i dagsläget och vilka erfarenheter och tankar just du som regionansvarig har kring detta. Intresset till detta upplägg till examensarbetet väcktes efter kontakt med ett par regionansvariga.

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan, när du vill, avbryta ditt deltagande utan att uppge orsak. Du tillfrågas eftersom du är ansvarig för din region inom FaR och/eller folkhälsa. Svara på detta mail så vi vet om du önskar att delta eller inte. Hör vi inget från dig inom en vecka kommer vi eventuellt att försöka nå dig via telefon. Vid kontakt och om du vill delta så kommer vi överens om en tidpunkt för en intervju via Zoom eller Teams. Intervjun kommer att spelas in och beräknas ta ca 45 min. Allt material som samlas in kommer att hanteras konfidentiellt, vilket betyder att materialet avidentifieras och kodas så att varken information eller intervjusvar kan kopplas till dig som person. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Redovisningen av studiens resultat kommer att ske på gruppnivå och ingen individ kommer att kunna identifieras. Resultatet kommer att presenteras i form av en muntlig presentation till andra studerande samt i form av ett examensarbete. När examensarbetet är färdigt och godkänt kommer det att finnas i en databas vid Högskolan i Gävle. Den information Du lämnat vid intervjun kommer att förstöras då examensarbetet är godkänt.

Du kommer ha möjlighet att ta del av examensarbetet genom att få en kopia av arbetet eller själv söka arbetet via databasen DIVA vid Högskolan i Gävle:

<https://www.hig.se/Ext/Sv/Biblioteket/Soka/Uppsatser-och-forskningspublikationer.html>

### **Ansvariga för studien**

Ansvariga för studien är Tomas Burvall och Kim Tjernberg och handledaren Malin Johansson. Ytterst ansvarig är Högskolan i Gävle. Har Du frågor om studien är Du välkommen att höra av dig till någon av oss:

Tomas Burvall, xxx-xx xx, xxx.xxx@xxx.se

Kim Tjernberg, xxx-xxx xx xx, xxx.xxx@xxx.se

Handledare och lärare vid Högskolan i Gävle Malin Johansson, xxx-xxx xx xx,  
xxx.xxx@xxx.se

**Samtycke till deltagande i studien samt till behandling av personuppgifter\***

Jag har skriftligen informerats om studien och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och att vid behov, via telefonkontakt med forskarna, ställa frågor och få dem besvarade. Jag behåller den skriftliga informationen och ett exemplar av mitt samtycke.

**Genom min underskrift bekräftar jag att jag deltar i studien och att mina personuppgifter behandlas som beskrivits.**

Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt samt att jag när som helst, utan särskild förklaring kan avbryta påbörjat deltagande.

---

Underskrift

---

Datum

---

## Namnförtydligande

\* Med personuppgifter avses de uppgifter som samlats in om dig via intervjuer, protokoll, enkäter, film och bild. Dessa identifieras endast med ett kodnummer/löpnummer – ej med namn. Personuppgiftsansvarig är Högskolan i Gävle. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas vänder du dig i första hand till högskolans dataskyddsombud som nås på [registrator@hig.se](mailto:registrator@hig.se).